

SOLICITUD DE REEMBOLSO

I. ANTECEDENTES DEL SOCIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
R.U.T.	ISAPRE (Identifique)	FONASA (marque con una X)
CORREO ELECTRÓNICO	CÉLULAR	TELÉFONO OFICINA

II. ANTECEDENTES DEL PACIENTE (socio o carga)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
R.U.T.	PARENTESCO (carga)	FECHA DE NACIMIENTO

III. ANTECEDENTES DEL REEMBOLSO Adjuntar los documentos originales que acrediten el o los gastos incurridos por esta patología (Obligatoriamente se debe presentar **Bono de Consulta**; **Receta Antecedentes del paciente: Nombre, Rut., Antecedentes del Médico: Nombre, Firma y Timbre**; en caso de **Urgencia incluir Registro Clínico**, para **Atención Hospitalaria Programa de Medico timbrado por Isapre o Fonasa y Prefactura**; Exámenes con fotocopia orden médica firmada y timbrada; entre otros. Se recomienda revisar el Reglamento de Reembolsos Médicos en la página www.municipalidadchillan.cl, link Bienestar.

Nº DOCUMENTOS ADJUNTOS	TOTAL DE GASTOS PRESENTADOS	CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO (marque con una X)	URGENCIA (marque con una X)

IV. ANTECEDENTES DEL MÉDICO

NOMBRE COMPLETO		
RUT	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

V. DECLARACIÓN SIMPLE Y SANCIÓN

Declaración Simple:

Declaro presentar toda la documentación en original y autorizo la verificación de los documentos adjuntos.

Sanción:

El reglamento de devoluciones de gastos médicos, en su **Artículo 3º** señala que quien presente documentación falsa o adulterada deberá restituir las sumas percibidas indebidamente con un recargo del 100% de su valor, el cálculo se efectuará al momento que efectivamente sean restituidos los valores.

FECHA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD

FIRMA SOCIO

DEPTO. DE BIENESTAR